

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

N°

THÈSE

POUR LE

158

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

MAXIMILIAN GOTTLIEB

né à Cernautzi, (Roumanie) le 9 Septembre 1908

Aperçu de l'Hygiène publique et sociale en Roumanie

Président: M. L. Tanon, Professeur

IMPRIMERIE STUDIO

27, rue Dauphine

PARIS - VI°

1933

Année 1933

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

MAXIMILIAN GOTTLIEB

né à Cernautzi, (Roumanie) le 9 Septembre 1908

**Aperçu de l'Hygiène publique et sociale
en Roumanie**

Président: M. L. Tanon, Professeur

IMPRIMERIE STUDIO

27, rue Dauphine

PARIS - VI^e

LE DOYEN. . . BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	MARION
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPEL
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	CARNOT
Clinique médicale	BEZANCON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Cliniques des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	LENORMANT
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GRÉGOIRE
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE
	MULON
	VERNE



II. — AGRÈGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .Neurologiet Psychiâtrie
 AUBERTINPathologie médicale
 BÉNARD Henri..Pathologie médicale
 BROCCPathologie chirurgicale
 BRULÉPathologie médicale
 BUSQUETPharmacologie
 CADENATPathologie chirurgicale
 CATHALAPathologie médicale
 CHABROLPathologie médicale
 CHAILLEY-BERTPhysiologie
 CHEVALLIER ...Pathologie médicale
 DOGNONPhysique
 DONZELOTPathologie médicale
 ÉCALLEObstétrique
 FEYUrologie
 GASTINELBactériologie
 GATELLIER ...Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale
 GIROUDHistologie
 HALPHENOto-rhino-laryngologie
 HARVIERPathologie médicale
 HAZARDPharmacologie
 HUGUENINAnatomie pathologique
 HUTINELPathologie médicale
 JOANNONHygiène

MM.

LABBÉ (Henri) .Chimie biologique
 LAROCHE (Guy)Pathologie médicale
 LEVEUFPathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI .Neuro-psychiâtrie
 LIANPathologie médicale
 MONDORPathologie chirurgicale
 MOREAUPathologie médicale
 MOULONGUET .Pathologie chirurgicale
 MOUREPathologie chirurgicale
 OBERLINGAnatomie pathologique
 OLIVIERAnatomie
 PIÉDELIÈVRE ..Médecine légale
 PORTESObstétrique
 QUÉNUPathologie chirurgicale
 RICHETPhysiologie
 SANNIÉChimie biologique
 SÉZARYDermatologie et syphili-
 graphie
 TROISIERPathologie expérimen-
 tale et comparée
 VALLERY - RADOT
 (Pasteur)Pathologie médicale
 VAUDESCAL ...Obstétrique
 VELTEROphtalmologie
 VIGNESObstétrique

III. — AGRÈGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUXObstétrique
 LEROUXAnatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 RETTERERHistologie
 ZIMMERNPhysique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale	PROUST	Clinique chirurgicale
DUVOIR	Clinique médicale	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
BASSET	Clinique chirurgicale	LE LORIER	Clinique obstétricale
CHEVASSU	Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale
		GUÉNIOT	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

modeste témoignage de profonde reconnaissance

A MON FRÈRE

A M. LE DOCTEUR TANON prof. d'hygiène
à la Faculté de Médecine de Paris qui
nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. En témoi-
gnage de notre profond respect.

A M. LE DOCTEUR BANO, secrétaire général au Ministère de la Santé Publique de Roumanie, qui a bien voulu nous aider de ses précieux conseils ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude.

Introduction

Après un court aperçu historique, j'exposerai l'organisation actuelle de l'hygiène publique et ses moyens d'exécution (hôpitaux, etc...). Je continuerai par l'hygiène sociale en traitant en 2 chapitres différents les assurances sociales et l'assistance sociale ; dans ce dernier chapitre j'ouvrirai une parenthèse pour parler des conditions d'hygiène des paysans. Enfin, je terminerai par quelques lignes sur les maladies épidémiques et les maladies sociales, en insistant sur ces dernières.

Avant d'entrer dans le vif de mon sujet, je voudrais donner quelques notions élémentaires sur l'origine du peuple roumain et le présenter, en quelque sorte.

Sur une base ethnique, dacogétique, peuple thrace, d'origine aryenne, se greffent plus tard des éléments romains. Les croisements de ces deux races durant plusieurs siècles, constituent la véritable origine du peuple roumain ; les faibles influences ultérieures, slaves, turaniques et allemandes, n'altèrent que très peu la valeur fondamentale déterminée par le peuple thrace.

L'énergie vitale qui caractérise le peuple roumain est concentrée dans les villages roumains, en particulier dans ceux de la montagne « centres vitaux » qui se développent protégés par d'immenses forêts sur les deux versants des Carpathes. C'est aussi dans les villages que la race s'est conservée sous sa forme la plus pure et toute notre énergie devrait porter sur le relèvement des conditions d'hygiène dans le milieu rural, chose plutôt négligée jusqu'à présent.

Avant la guerre, l'état de la santé publique est dans un continuel progrès mais le corps sanitaire s'occupe surtout de combattre les maladies contagieuses. Pendant la guerre mondiale, la Roumanie perd près d'un million d'habitants par suite de maladies contagieuses importées par les armées russes qui sont composées de troupes de toute la Russie et des pays asiatiques. Cependant, le peuple roumain comble rapidement les pertes subies grâce à sa grande natalité bien connue dans l'histoire. *)

Ici une remarque à faire. La mortalité est après la guerre plus prononcée dans le milieu rural à l'inverse de celle d'avant-guerre ; ce qui est dû au fait que l'attention des autorités s'occupant de l'hygiène publique est portée surtout sur les villes dont plusieurs présentent aujourd'hui une organisation sanitaire moderne. Ainsi les efforts louables faits par notre pays dans le domaine de l'hygiène après la guerre n'influent pas favorablement sur la mortalité générale du pays, les conditions d'hygiène n'ayant évolué que très peu dans le milieu rural qui, formant 82 % de la population, prime toute statistique.

Après la guerre la Roumanie voit doubler son territoire et passe de 137.903 km² à 294.967 km² (dixième pays en Europe, comme étendue).

Le pays est situé entre 34.5° et 49.2° de largeur Nord et 20.30° et 30.30° de longueur Est (Greenwich). Le climat est continental avec des hivers très froids et des étés très chauds.

*) La natalité avec 34,4 0/00 (1927) place la R. 3^{me} après la Russie et la Bulgarie parmi les états européens ; la mortalité avec 19,6 0/00 seconde après la Russie. L'excédent des naissances, quatrième avec 14 0/00 (après la Russie, la Bulgarie et la Tchécoslovaquie).

La population est aujourd'hui d'environ 18.500.000 (17.904.623 en 1928) ce qui présente une densité de 62 par km² (13^e des Etats Européens). *)

La Roumanie comprend 71 départements (34 avant la guerre) répartis en 8 provinces : la Valachie, la Moldavie, l'Oltenie, la Dobroudja (provinces d'avant-guerre), la Bessarabie, la Bucovine, la Transylvanie et le Banat (provinces rattachées à la mère-patrie).

*) Les trois quarts environ de la population (73.1 0/0) sont formés par des Roumains ; le reste par des minorités comprenant des hongrois (8,5 0/0), israélites (4,8 0/0), allemands (4,3 0/0), russes (1,5 0/0) et autres.

Premier Chapitre

L'histoire de l'hygiène en Roumanie pourrait être divisée en 3 époques.

Une première avec quelques institutions sanitaires, sans législation véritable ; j'y comprendrai le premier essai d'organisation d'hygiène publique instauré par le « Règlement Organique » (1830).

Une seconde, que j'appellerai « l'Epoque Davila » prend comme modèle l'organisation sanitaire en France (1874 — première loi sanitaire).

Enfin, une dernière, « l'Epoque Cantacuzène » qui aboutit à la législation actuelle (loi de 1910).

PREMIÈRE ÉPOQUE

La fondation des deux principautés, la Moldavie et la Valachie, remonte au 13^e siècle. Jusqu'au commencement du 19^e siècle nous n'enregistrons que des règles émises sous forme de rescrits et de chartes princières concernant surtout l'isolement des malades et la désinfection des objets contaminés.

Nous possédons quelques données surtout à partir de l'année 1600. Ainsi il était d'usage que les anciens princes régnants aient à leurs Cours pour les soins personnels et pour ceux de la famille un médecin étranger qui, selon le peu que nous en savons, s'arrogeait en même temps le droit de se mêler de l'hygiène publique. *)

*) Wolff in « Description de la principauté de Moldavie 1805 » décrit les médecins de la Cour comme des ignorants et des aventuriers.

Le service sanitaire de l'Etat commence par l'assistance des malades pauvres et par la fondation des hôpitaux qui datent du 17^e siècle. A la fin du 18^e et au commencement du 19^e siècle nous trouvons des hôpitaux bien organisés à Bucarest, Iassy, Craïova et Buzau. Il y a en outre des hôpitaux ne fonctionnant qu'aux temps des grandes épidémies (peste, etc...). *)

Au commencement du 19^e siècle nous ne notons que des services sanitaires locaux dans les capitales des principautés ainsi que dans deux ou trois grandes villes. Ces services sont répartis entre diverses autorités. Les autorités suprêmes, le Divan Princier présidé par le Prince lui-même et l'Assemblée des « Grands Boyards » (nobles), prennent souvent l'initiative dans les questions d'hygiène.

En Valachie fonctionnent la « Curatelle des Aumônes », (qui paie aussi les appointements des médecins,) les Ephories et les Curatelles des hôpitaux. En Moldavie la Curatelle de la Caisse des médecins, celle des Monastères et celle de l'hôpital « Saint Spiridon » s'occupent de l'hygiène publique. **)

Dans le *Règlement Organique*, institué par le général russe Kisseleff en 1830-31, nous trouvons une ébauche de législation sanitaire. Les premiers articles demandent la création d'un service de quarantaines, un cordon de santé permanent sur la rive gauche du Danube, pour endiguer les fréquentes épidémies de peste qui sévissaient alors avec une effrayante mortalité.

La Valachie est divisée en 6 régions, la Moldavie en 5. Un Comité de la Santé Publique dont le président est

*) Dr. Félix in « Histoire de l'hygiène en Roumanie ».

**) Le prince Alexa Monrouzi nomme, en 1804, le Dr. Frólich médecin vaccinateur pour la Moldavie.

de Ministre de l'Intérieur dirige dans chacune des principautés l'administration d'hygiène. Le service sanitaire des deux capitales (Bucarest et Iassy) consiste en une commission médicale constituée par les médecins d'arrondissements des deux villes (cinq pour Bucarest, quatre pour Iassy). En province, les attributions d'ordre sanitaire se trouvent entre les mains des chefs des départements appelés « Carmuitori » en Valachie et « Ispravnici » en Moldavie.

DEUXIÈME ÉPOQUE

L'arrivée du médecin français Charles Davila, amené dans le pays par le Prince Stirbey, constitue une première période dans l'organisation sanitaire du pays. Il se rend parfaitement compte que ce qui manque le plus au pays est un corps médical roumain présentant des garanties de capacité suffisantes.

Investi tour à tour de toutes les attributions d'ordre sanitaire, il transforme en 1857 en Ecole Nationale de Médecine l'Ecole d'aide-chirurgicale fondée par le docteur Nicolas Kretsulesco le premier boyard exerçant la médecine. *)

Au mois de janvier 1859 se réalise l'union des deux principautés sous le sceptre du Prince Alexandre Cuza et par la suite, le 25 août 1862, les deux administrations sanitaires des deux principautés fusionnent en une seule la Direction Générale du service sanitaire à la tête de laquelle on met le docteur Davila. A la place des deux comités de la santé publique, le Conseil Médical Supé-

*) C'est Davila qui introduit le concours pour l'obtention des fonctions médicales, ceux de l'externat et de l'internat (1868).

rieur est créé ; les médecins en chef de Iassy et de Bucarest sont chacun secondés par un conseil d'hygiène. Les médecins des départements, de la Valachie et de la Moldavie (physiciens) au nombre de 17 porteront dorénavant le titre de médecins en chef. A Galatzi et à Braïla il y a un médecin de port.

On inscrit dans le budget plusieurs hôpitaux grâce aux instances de Davila. La même année on crée des conseils d'hygiène dans les principales villes qui constituent les conseils techniques des administrations communales. *)

Ainsi c'est bien Davila qui jette la base de l'organisation sanitaire roumaine. En 1869 l'Ecole Nationale de Médecine est transformée en Faculté de Médecine où Davila exerce comme professeur de chimie.

En 1884 Davila meurt encore jeune, à 53 ans.

La loi de 1874, fruit du travail de Davila, après le Règlement Organique, est la première des lois sanitaires. Elle prend comme base l'organisation sanitaire de cette époque et selon les exigences du temps, elle est développée et modernisée tout en gardant la centralisation du service sanitaire entre les mains du Ministre de l'Intérieur. La loi, cependant, laisse au conseil général ainsi qu'aux conseils communaux un assez grand ascendant pour les votes du budget et pour la nomination à certains emplois médicaux (modification 1877). **)

Ces lois donnent quelques bons résultats mais n'arrivent pas à éviter les maladies infectieuses propres au

*) C'est la première fois que l'on s'occupe de l'hygiène rurale.

**) Un décret (1893) oblige chaque ville d'avoir son hôpital communal propre ou d'en subventionner un. La Loi Obregea crée un fonds spécial des épidémies (1898).

pays ni celles qui lui viennent du dehors; à cause de leur étroitesse qui ne laisse aucune initiative aux médecins dans l'application des mesures sanitaires. Ces mesures ayant un caractère purement technique, sont laissées à la charge des préfets, des sous-préfets, etc..., le corps médical étant dans une subordination masquée.

TROISIÈME ÉPOQUE

Le Professeur Cantacuzène dénoue cette situation.

Les deux problèmes d'une importance capitale, lutte plus effective contre les causes générales des maladies, stabilité et équité administratives plus grandes pour le corps médical exerçant, sont résolus par le Parlement le 18 août 1910 après de longues controverses. *)

A partir de cette date, une ère nouvelle commence dans l'histoire de la médecine en Roumanie, liée au nom du professeur Cantacuzène.

En 1921 le Ministère du Travail et de l'Assistance sociale est transformé en Ministère de la Santé Publique; la Direction Générale Sanitaire est attachée à ce nouveau ministère. En 1922 une loi crée onze régions sanitaires; tous les services sanitaires, civils et privés, sont placés sous la surveillance permanente du Ministère de la Santé Publique par l'intermédiaire de la Direction Générale. L'indépendance du corps sanitaire est ainsi complétée.

*) L'élargissement des attributions et de la compétence des médecins avec responsabilité devant la loi et l'opinion publique est garanti par un recrutement sérieux après un stage dans la fonction.

Deuxième Chapitre

L'actuelle organisation sanitaire de la Roumanie a comme base la loi de 1910 (avec modifications apportées en 1911-12-21-22-23-26 et 30). Elle est fondée sur la décentralisation administrative et sanitaire, cependant la directive technique et scientifique émane du centre qui est investi du pouvoir d'initiative et dispose de conseils de spécialistes dans toutes les branches de la médecine et de l'hygiène.

Dans l'organisation sanitaire anglaise ce sont les communes qui jouent le rôle principal ; dans l'organisation française, c'est l'administration centrale ; enfin, dans l'organisation allemande, il y a une décentralisation qui va seulement jusqu'aux Etats de la Fédération. Quant à l'organisation roumaine, l'unité administrative sanitaire est constituée par le département.

Le service sanitaire se compose de deux éléments : le service central et le service périphérique.

I. — LE SERVICE CENTRAL

Il réunit les directions suivantes dépendant du Ministère de la Santé Publique.

1° *La Direction Générale du Service Sanitaire.*

A la tête de ce service se trouve un docteur en médecine secondé par un Sous-Directeur Général également docteur en médecine, par des Conseils Techniques, et par un Service de Contrôle. Le Directeur Général a pleins pouvoirs.

a) Les Conseils Techniques. Ils sont au nombre de six:

Le conseil sanitaire supérieur donne son avis sur toutes les questions importantes concernant l'hygiène publique et l'activité du service sanitaire. Le Ministre de la Santé Publique est de droit le président de ce conseil. Le directeur général du service sanitaire, le médecin inspecteur général de l'armée, 15 docteurs en médecine de différentes spécialités, un chimiste, un vétérinaire, un pharmacien et des représentants de province en font partie, également.

La commission d'hygiène et de salubrité industrielle.

La commission médicolégale.

La commission administrative.

La commission de discipline.

La commission chimicopharmacologique.

b) Les services suivants sont rattachés à la direction générale :

Ceux de l'hygiène, de la médecine préventive, du bureau international d'hygiène, de l'assistance hospitalière, des stations balnéaires, des pharmacies et des drogueries, de l'institut des sérums et des vaccins et enfin celui du dépôt des médicaments.

2° La Direction de l'Assistance Sociale avec ses trois services : ceux de la protection des mères, des enfants et des infirmes, du contrôle des institutions particulières de bienfaisance et de la contribution bénévole, de la protection des vieillards et de la lutte contre le vagabondage et la prostitution.

3° L'Office National des invalides, orphelins et veuves de guerre (I. O. V.).

4° La Caisse de la Santé qui s'occupe des études et de la réalisation matérielle des établissements sanitaires et des œuvres d'édilité.

5° Le Service de la Statistique et de la Propagande.

6° Le Service de la Comptabilité.

7° Le Service du Contentieux.

8° Le Service de l'Economat, qui comprend un service de l'approvisionnement et de la distribution du matériel, un dépôt central des effets d'hôpitaux, un dépôt central de chirurgie, d'ustensiles pharmaceutiques et de laboratoire et un service des ateliers.

9° Le Service Technique.

10° Le Service du Personnel et du Secrétariat, qui comprend entre autres celui du contrôle des médecins pratiquants.

11° Le Service du Contrôle des Aliments, qui comprend 13 laboratoires d'hygiène répartis dans le pays, chacun avec une section de chimie appliquée à l'hygiène et une section de bactériologie.

II. — LE SERVICE PÉRIPHÉRIQUE

L'assistance sanitaire est assurée par des médecins fonctionnaires de l'Etat, hygiénistes autorisés à prendre les mesures pour la prévention et pour la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques. Ils ont le droit d'ordonner l'isolement des malades et la désinfection ayant comme aides les « agents sanitaires » (employés possédant des notions d'hygiène publique et de médecine acquises dans des écoles spéciales) et les sages-femmes des circonscriptions respectives. Les ordres du médecin-sanitaire sont exécutés par les préfets, les sous-préfets et les maires.

Au point de vue administratif, le pays est divisé en 11 régions sanitaires ; à la tête de chacune d'elles se trouve un Inspecteur qui possédait les pleins pouvoirs du

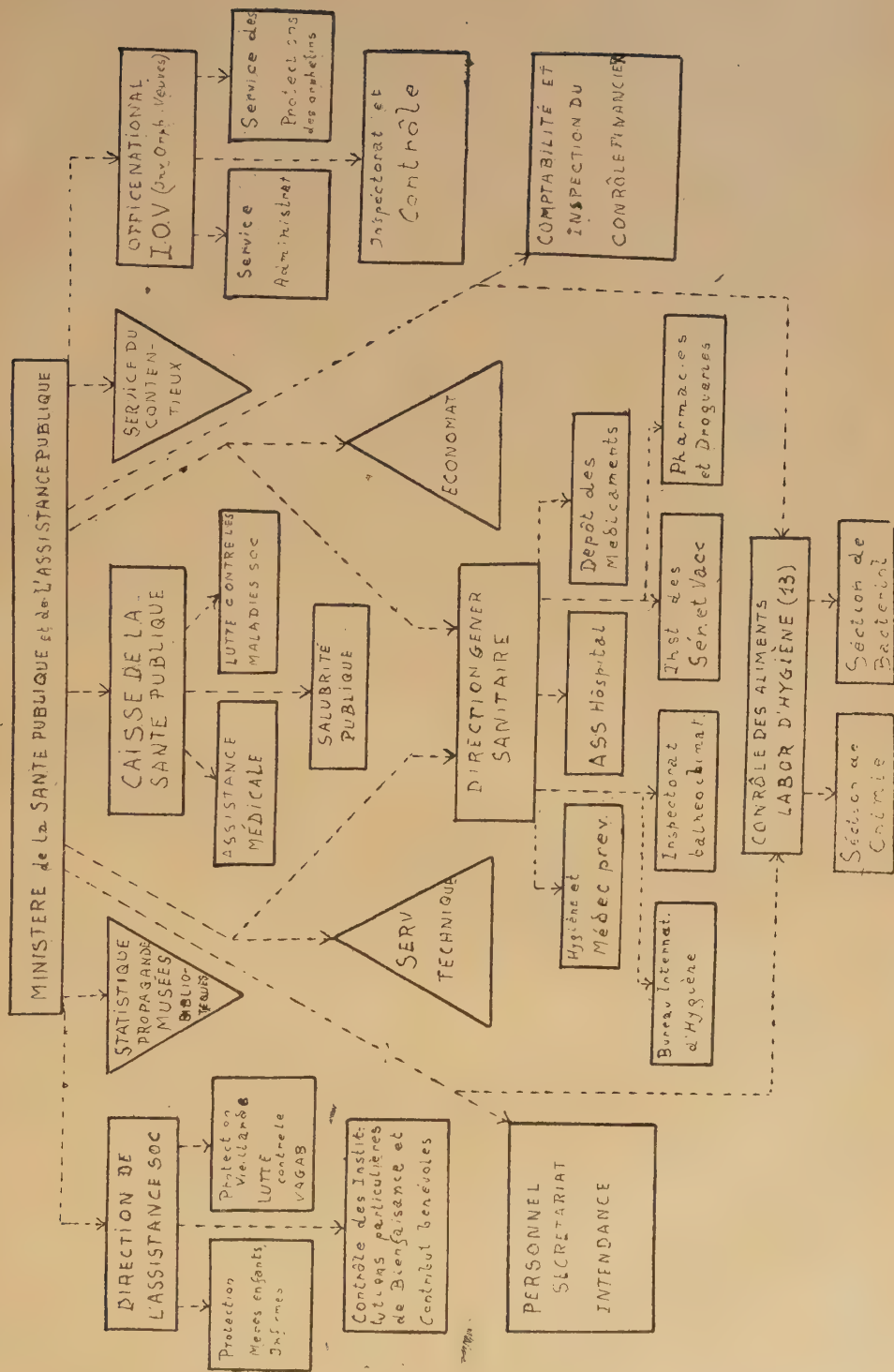
directeur général du service sanitaire (1922) mais qui, aujourd'hui, n'est chargé que de la surveillance technique et du contrôle administratif de sa région.

Chaque département à son tour constitue une unité administrative sanitaire à la tête de laquelle se trouve un médecin-en-chef qui est le chef de tous les services sanitaires du département à l'exception de celui de la ville, chef-lieu du département ; les hôpitaux ont chacun leur chef qui est subordonné à la direction générale.

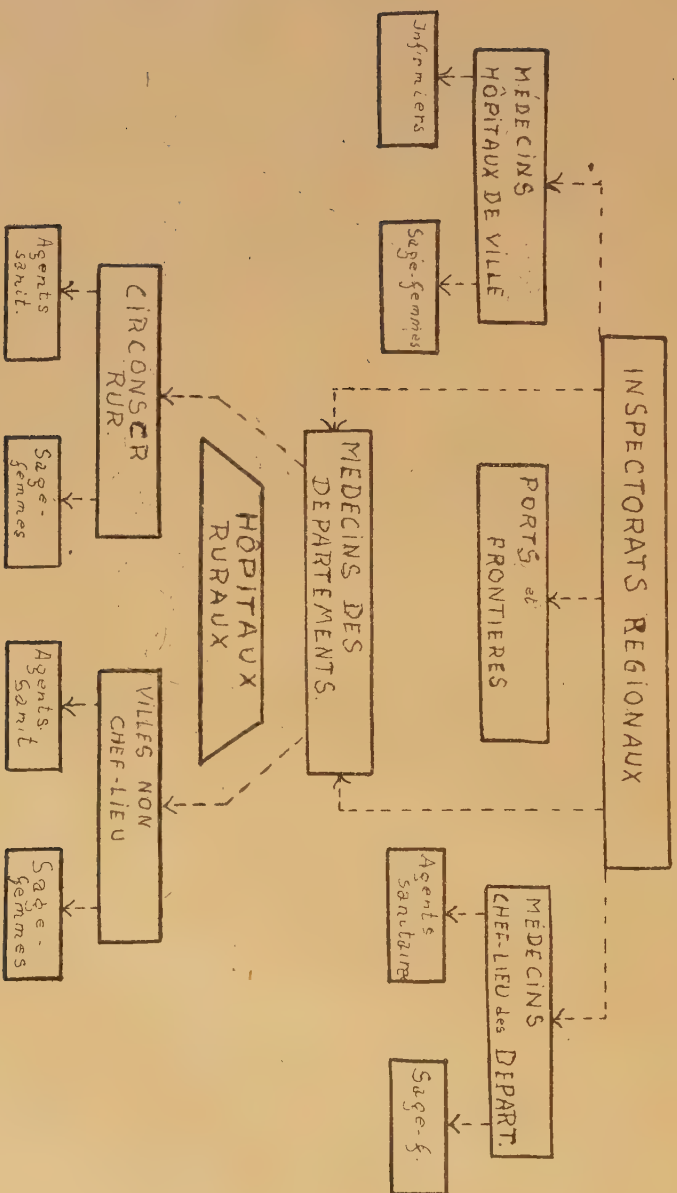
Le département se subdivise à son tour en plusieurs circonscriptions qui peuvent ou ne peuvent pas correspondre à la division administrative du département, placée sous les ordres des médecins d'arrondissements ou de circonscriptions.

Les services sanitaires des départements et de quelques unes des grandes villes ont chacun un conseil technique consultatif connu sous le nom de conseil d'hygiène, qui contrôle la salubrité des communes. Dans les villes chefs-lieux de départements il y a deux conseils. Les professeurs ou les agrégés des facultés de médecine sont de droit membres des conseils d'hygiène des villes respectives, de même les chefs des laboratoires d'hygiène et les médecins des ports. Les mesures prises par les conseils d'hygiène sont exécutoires contre les autres décisions, les partis intéressés pouvant en faire appel au conseil sanitaire supérieur ou au conseil d'hygiène industrielle.

LE SERVICE CENTRAL



LE SERVICE PERIPHERIQUE



Troisième Chapitre

LES MOYENS D'EXÉCUTION

1° La Désinfection :

Déjà vers la fin de 1907, tous les services sanitaires des villes, quelques uns des services sanitaires de départements, des services de ports et de frontières sont pourvus d'appareils de désinfection : on pratique l'ébullition, le lavage avec des solutions antiseptiques, le chauffage. Cette dernière méthode de désinfection s'applique sur une grande échelle surtout à la campagne, à cause de la difficulté du transport des appareils encombrants et compliqués. En 1912 des équipes volantes de désinfection (pareilles aux équipes françaises) attachées à la direction générale sanitaire sont créées, mais ce système ne se généralise pas. Il est de nouveau repris par la loi de 1922.

Pendant et après la guerre de 1916-18, on obtient des résultats remarquables dans la lutte contre les maladies sévissantes (fièvre typhoïde et fièvre récurrente) par le système des fourneaux de désinfection fixe préconisé par Cantacuzène. La guerre a détruit, cependant, presque entièrement cette organisation et on s'efforce de la reconstituer.

2° L'Assistance Hospitalière :

Depuis les temps les plus reculés, l'origine des hôpitaux est étroitement liée à la religion. En Roumanie aussi

les vieux documents datant de la fin du 13^e siècle parlent des hôpitaux de Bistritza comme des plus anciens établissements fondés sous la protection de l'église. Le plus ancien hôpital est celui de St-Mitréni fondé en 1524 par le Prince Régnant Vladislav. Après cette date, plus d'indications jusqu'à 1695 lorsqu'est fondé l'hôpital Coltzea de Bucarest.

Ces hôpitaux sont administrés par des conseils nommés Curatelles. A Bucarest, nous trouvons 3 curatelles, celle de l'hôpital Coltzea (1695), celle du Monastère de Pantelimon (fondée en 1735) et celle de la Philanthropie (datant de 1815). Elles se réunissent et forment en 1832 l'Ephorie des Hôpitaux de Bucarest qui est autonome. La curatelle de l'hôpital St-Spiridon en constitue l'équivalent à Iassy (Moldavie).

En 1881 sont ouverts 4 hôpitaux ruraux. Leur nombre est augmenté à l'occasion du jubilé de 40 ans de règne du Roi Charles I^{er} de Roumanie (1906). Il existe, en outre, une Epitrophie des établissements de province du Prince Brancoveano.

Beaucoup d'arrondissements possèdent des infirmeries rurales composées d'un dispensaire et d'un logement pour les médecins. Chaque infirmerie est dotée de tout le matériel nécessaire pour hospitaliser de 10 à 15 malades, dans les cas urgents, et sert spécialement comme local d'isolement des maladies contagieuses. C'est une conséquence des dispositions de la loi sanitaire de 1874.

Jusqu'à la guerre les hôpitaux de l'Ancien Royaume dépendent de l'Etat tandis que ceux de la Transylvanie appartiennent aux départements et aux communes. En 1923 toutes les institutions hospitalières de la Roumanie

passent à la charge de l'Etat. L'étatisation pleine de promesses se révèle rapidement comme une source d'inconvénients sérieux (centralisation excessive imposant nombre de formalités pour l'approbation de toutes dépenses si minimes qu'elles soient, etc...). La loi de 1930, qui rétrocède les institutions d'assistance hospitalière aux départements et aux communes donne de bons résultats en Transylvanie, mais non dans l'Ancien Royaume.

En général, il serait nécessaire d'accommoder le régime des hôpitaux aux conditions locales particulières à chaque province. *)

III. — LA POLICE SANITAIRE MARITIME

Deux grands ports, Constanza sur la Mer Noire et Sulina aux bouches du Danube, remplissent le rôle de sentinelles pour défendre la Roumanie et avec elle l'Europe Centrale contre l'invasion des maladies pestilentielles. La guerre détruit en grande partie une organisation suffisante comprenant un hôpital d'isolement, un laboratoire de bactériologie, des appareils de désinfection, etc...

Galatzi premier port fluvial du Danube possède aujourd'hui une installation répondant à toutes les exigences modernes, mais ce port, comme Braïla, est d'une importance sanitaire secondaire.

Les faits, plus que n'importe quel argument, prouvent que les services sanitaires des ports roumains sont en mesure de remplir efficacement leur rôle, car bien que

*) Dans le budget de 1926, il est inscrit un total de 352 hôpitaux comprenant 18.900 lits.

de nombreux pays de la Mer Noire, avant et après la guerre, soient contaminés, par la peste et le choléra la Roumanie en reste indemne.

La question de Sulina est aujourd'hui réglée et le service sanitaire du port (adoption du point de vue roumain) incombe aux autorités roumaines.

IV. — PERSONNEL MÉDICAL AUXILIAIRE

L'origine du personnel sanitaire auxiliaire est très ancienne. Les chroniques (vers 1600) nous enseignent qu'il y avait en dehors des médecins officiels des Cours Princières, des personnes appelées « barbiers » qui soignaient les blessures, fractures, etc... Ceux-ci, semble-t-il, travaillaient plutôt pour leur propre compte.

Nous ne pouvons parler d'un enseignement sanitaire préparatoire que vers 1850.

a) Ecoles d'aide-chirurgiens (sous-chirurgiens) et d'agents sanitaires.

Après l'école de Kretsulesco à l'hôpital Coltzea et l'école de petite chirurgie fondée par le général Herasco, s'ouvre le 4 décembre 1855 l'Ecole de Chirurgie du Prince Michel ou « Ecole de Davila » qui rapidement (en 1857) devient l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, l'origine de la Faculté de Médecine d'aujourd'hui. *)

A partir de l'année 1857 comme il n'y a pas d'école sanitaire régulière, sauf celle du docteur Jacob Czihak à Iassy appelée « Ecole de la Compagnie des Sanitai-

*) La R. possède aujourd'hui 3 Facultés de Médecine, à Bucarest, Cluj et Iassy.

res », les gradés finissant leur service militaire subissent un examen devant le Conseil d'Hygiène des départements respectifs qui leur délivre des brevets d'aide-chirurgien ou d'agent sanitaire vaccinateur. Parmi ceux-ci se recrutent aussi les dentistes de seconde classe qui ont seulement le droit d'effectuer des extractions des dents.

Vers 1904 seulement, on commence à organiser des écoles de sous-chirurgiens et d'agents sanitaires. Après la guerre l'enseignement sanitaire inférieur s'étend et un règlement en 1924 met au point la préparation des « officients » sanitaires d'hôpitaux, règlement sanctionné par Décret Royal. *)

b) *Ecoles de sages-femmes*. La question est soulevée pour la première fois en 1827 par le docteur Kiriacopol ; cependant, des écoles de sages-femmes ne sont fondées que beaucoup plus tard, la première à Bucarest en 1839, la seconde à Iassy en 1852. Elles fonctionnent encore aujourd'hui.

En 1924 un règlement concernant le fonctionnement de ces écoles est élaboré garantissant un recrutement sérieux. Aujourd'hui, nous avons 12 écoles qui ont fourni, jusqu'à ce jour, 4.275 sages-femmes, chiffre qui, de loin, n'est pas suffisant.

Nous comptons en Roumanie 165 communes urbaines avec 2.759 sages-femmes (16,6 pour 1) et 8.704 communes rurales avec 1.397 sages-femmes seulement

*) Dans les budgets de 1925, 26, 27 et 28 du Ministère de la Santé Publique, nous trouvons un article spécial qui disparaît dans les budgets ultérieurs, concernant l'enseignement sanitaire inférieur avec 7 écoles.

(1 pour 6,2) ce qui provoque une situation déplorable, empirée par le fait que le nombre des naissances est beaucoup plus considérable dans les campagnes. Songez qu'à la campagne, une sage-femme devrait faire 390 accouchements par an !

c) *Ecoles d'Infirmières*. En Roumanie les moines et les religieuses d'abord s'occupaient de soigner les malades, d'autant plus que les hôpitaux dépendaient des monastères.

Le titre d'infirmière donné depuis 1874 à des personnes nullement préparées et qui le plus souvent faisaient la grosse besogne de l'hôpital, a eu des conséquences facheuses.

On était ainsi obligé d'appeler ces écoles « sanitaires », ledit titre étant encore aujourd'hui synonyme de domestique pour le public, d'autant plus qu'on n'a jamais légalement différencié les devoirs des infirmières de ceux du personnel de service. Cela explique pourquoi, le recrutement des élèves infirmières ne peut se faire que parmi les femmes et les jeunes filles de la campagne qui, il est vrai, de maladroites, deviennent rapidement habiles, mais manquent de délicatesse et de compassion, l'apanage d'un esprit plus cultivé.

C'est en somme une nouvelle institution qui intéresse le public seulement depuis la guerre mondiale.

Nous avons 5 écoles d'infirmières :

1° En 1878, après la Guerre de l'Indépendance, la Reine Elizabeth de Roumanie fonde sous le nom « d'Institut des Sœurs de Charité » la première école d'infirmières qui fonctionne encore aujourd'hui à Bucarest.

2° L'école sanitaire « La Reine Marie » de Bucarest devient l'école d'infirmières « de la direction générale du service sanitaire ».

3° L'Institut des « Sœurs du Salut » à Cluj fonctionne depuis 1919 (sauf entre 1923-25).

4° L'Institut des Sœurs de l'Assistance à Iassy est également fondé en 1919.

5° La dernière, l'école supérieure d'infirmières « M. S. Elena » à Bucarest est créée en 1927.

Quatrième Chapitre

LES ASSURANCES SOCIALES

Avant l'introduction du système d'assurances obligatoires, il existait en Roumanie (loi de 1902) près de chaque corporation, une caisse de secours contre la maladie, administrée par les membres de la corporation. A peine un quart des membres payait les cotisations et les secours médicaux étaient tout-à-fait insuffisants. Il n'y avait pas une législation spéciale basée sur le principe du risque professionnel.

L'introduction du système complet d'assurances ouvrières en 1912 marque le plus grand progrès fait en législation sociale en Roumanie.

Les trois assurances (contre les maladies, les accidents de travail, l'invalidité) fonctionnent sous le contrôle d'une Caisse Centrale, à laquelle sont aussi rattachées les caisses d'assurances (« case cercuale ») de la Transylvanie et du Banat. Le contrôle est exercé par 4 directeurs régionaux. En Bucovine les caisses restent autonomes. Le système est étendu à la Bessarabie en 1921.

L'unité est réalisée par la Direction Générale de la Caisse Centrale des Assurances Sociales siégeant à Bucarest qui se compose de plusieurs services, dont le plus important est la direction médicale des assurances qui surveille et contrôle les services médicaux et pharmaceu-

tiques, organise le service médical (dispensaires et polycliniques) ; elle fait en outre les expertises demandées, établit et exécute les mesures requises pour l'hygiène du travail en conformité avec les prescriptions de la commission mixte d'hygiène du Ministère de la Santé Publique et celui du Travail. Pour le bon fonctionnement il est institué un conseil médical consultatif. Le libre choix du médecin n'existe pas.

Cinquième Chapitre

L'ASSISTANCE SOCIALE EN ROUMANIE

En Moldavie le Prince Stéphane le Grand commence en 1480 une sorte d'organisation en recueillant des malheureux, en leur faisant don de terres et en leur créant des asiles. En Valachie le Prince Rado Negro, le fondateur de la Principauté, a le soin de réunir tous les déshérités du sort, de les grouper en colonies qui bientôt forment un véritable village « *Metzaul* ».

Au 18^e siècle Mavrocordat fonde en Moldavie « Casa Milei » (la caisse de la pitié). En Valachie fonctionne « Cutia Milei » fondée par le Prince Soutzon.

La loi pour l'organisation moderne des communautés urbaines prévoit pour la première fois (1863) les catégories de citoyens qui ont droit à l'assistance gratuite, ainsi que les autorités auxquelles incombe la charge de leur assistance. En même temps est fondé un grand nombre d'œuvres privées, de bienfaisance, animées surtout par feu la Reine Elizabeth sous le règne de Charles I^{er} (1866-1914). Nous citons la Société de la Croix-Rouge fondée en 1876, « La Reine Elizabeth » et « Vatra Luminoasa » (Le Foyer Lumineux).

Les œuvres de protection des enfants pauvres, des enfants trouvés et des orphelins vivent aussi depuis longtemps. La première société privée est créée en 1730.

Après la guerre (1920) l'assistance sociale naît comme institution d'Etat donnant une importance spéciale à la puériculture, à la protection de l'enfant ainsi qu'aux institutions d'hygiène préventive pour la mère et l'enfant. Par une collaboration étroite avec deux sociétés privées (Prince Mihnea et « Cercle des Ménagères ») on parvient au nombre de 131 dispensaires de puériculture disséminés sur toute l'étendue du pays avec une moyenne de 239.000 consultations par an. *)

Pour les enfants abandonnés, il y a en Transylvanie et en Bessarabie 7 centres de protection avec 87 colonies rurales ; dans l'Ancien Royaume nous trouvons 11 institutions créées dans le même but. Pour la protection des enfants infirmes (sourds-muets, aveugles et arriérés-mentaux) la Roumanie possède 7 institutions. Parmi les 791 sociétés de bienfaisance, 395 s'occupent de la protection de la mère et de l'enfant, cependant il n'y a que 43.500 protégés sur 9 millions d'enfants.

En Transylvanie, la protection des enfants est plus poussée. Elle se développe autour des asiles pour enfants, organisations modernes et déployant une activité intense. La société « Astra Médicala » mène une propagande active en organisant des expositions d'enfants, d'ailleurs de vieille tradition. La Transylvanie est munie de deux hôpitaux d'enfants, de 16 ambulatoires polycliniques et de diverses institutions appartenant aux minorités ethniques. Des « visiteuses d'hygiène » se trouvent réparties partout. **)

Malgré ce zèle développé, la mortalité infantile en Roumanie se maintient presque au même niveau depuis

*) Cherchez in « Igiena Sociala » janvier 1932.

**) Alexante Ianco in « Igiena Sociala » janvier 1932.

40 ans. Elle est surtout accentuée dans le premier mois après la naissance. *)

Ceci nous amène à parler des conditions d'hygiène sociale dans la population rurale où, surtout au point de vue éducation sociale, rien n'est encore fait. **)

Nous sommes d'abord frappés par le grand nombre d'illettrés, les habitants étant ainsi inaccessibles aux conseils médicaux et aux prescriptions générales d'hygiène.

L'alimentation est insuffisante à cause du manque de matières azotées remplacées presque totalement par les hydrates de carbone (maïs). La situation s'améliore, cependant, au cours des dernières années grâce aux donations de terres faites aux paysans, qui se nourrissent ainsi des produits de leurs fermes (œufs, lait, etc...).

Les habitations de même sont rudimentaires. Elles sont, pour un grand nombre, posées sur le sol dépourvu de revêtement ; des planches collées les unes aux autres par de l'argile en constituent les parois. La lumière pénètre au travers de petites fenêtres et n'éclaire pas suffisamment l'intérieur.

Les villageois ont encore aujourd'hui de fausses conceptions sur l'eau. Ils s'imaginent que les eaux des fleuves et des marais sont habitées par des esprits impurs, mais que ces eaux peuvent être rendues potables si elles sont puisées après le coucher du soleil et si on a le soin d'en verser 3 gouttes dans le feu avant d'en boire. Le paysan boit aussi l'eau qui a touché 9 pierres sans se soucier de son degré de pureté. La majorité des villages,

*) Bano in « Mortalité infantile ».

**) Bano in « La Biologie des villages ».

d'ailleurs, ne possède pas d'installations de bains, même pas d'eau courante ou stagnante voisine.

Les conditions de vie de la femme enceinte sont désastreuses. Elle travaille jusqu'à la dernière minute. Au moment du travail d'expulsion, on lui impose certaines coutumes nocives à la santé, par exemple, de se promener dans la maison et de fermer les portes en les forçant du pied gauche. On lui donne à boire de l'eau dans la botte de son mari, on imprègne la maison d'odeur de piment rouge pour provoquer les éternuements et par la suite des contractions utérines ; on tire des coups de fusil pour effrayer la femme. Le cordon du nouveau-né est coupé au moyen d'un morceau de bois aiguisé « aschie » qui saute à distance ; un préjugé dit qu'en procédant de cette manière l'enfant sera vif et adroit. Le cordon est lié par une mèche de cheveux de la mère ou par des fils tirés de la chemise du père.

L'alimentation des nourrissons, malgré l'allaitement maternel, est défectueuse, à cause du mariage précoce, du concubinage, de l'alcoolisme, de la tuberculose et surtout de l'infériorité du niveau social et intellectuel de la paysanne roumaine. Le nourrisson est nourri d'une manière irrégulière et insuffisante, ne recevant le sein maternel que deux ou trois fois dans la journée. La mère va travailler dans les champs et laisse son bébé aux soins d'un enfant plus grand, ou le prend avec elle et le trompe avec une alimentation fictive (un morceau de sucre lié à un bout de chiffon, etc...). D'ailleurs, on commence à faire ingérer aux nourrissons, vers l'âge de 4 à 5 mois, la nourriture des adultes, comme on leur donne également du vin et de l'eau de vie de pruneaux (tzuica).

Tout ceci explique la grande mortalité des nourrissons dans leur première année, mortalité qui, à certaines époques, atteint 35 %.

L'inspection médicale des écoles se trouve de même en déficience à cause des difficultés des communications.

Il faudrait ainsi, d'abord, relever le niveau intellectuel du paysan, et ensuite coordonner les efforts développés par les diverses institutions sociales, dont chacune travaille pour son propre compte. La fédéralisation des œuvres sociales sous la direction de l'Etat apparait comme une solution impérieusement nécessaire.

Sixième Chapitre

LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

a) *Maladies pestilentielles :*

La peste n'est plus entrée en Roumanie depuis les grandes épidémies des années 1831-1832, bien qu'elle se manifestât dans les divers ports de la Mer Noire et de la Méditerranée.

La variole subit au cours des 25 dernières années des fluctuations qui sont en train d'aboutir à la disparition totale de cette maladie, résultat dû à la régularité avec laquelle se font les vaccinations et les revaccinations à l'occasion du recrutement ou de l'entrée dans les écoles.

La variole marque cependant une violente recrudescence en 1919, introduite par les armées russes et turques. Grâce aux vaccinations rigoureusement appliquées, le nombre des malades décroît et n'est que de 37 en 1922.

La vaccination anti-variolique est introduite dans les principautés vers 1832. A ce moment, elle n'est pratiquée que dans quelques familles aisées de Bucarest et de la province. Elle est rendue obligatoire par la loi sanitaire de 1874. *)

*) La première vaccination est pratiquée en 1803, à Iassy, mais d'une façon légale, en 1835 seulement.

Le choléra. La Roumanie située aux portes de l'Orient turco-russe est atteinte et ravagée par toutes les grandes épidémies de choléra qui se succèdent en Europe depuis 1831. Les deux dernières épidémies datent de 1913, la Campagne Bulgare (quand parmi les troupes non vaccinées l'épidémie fait tache d'huile) et de 1916-18, la grande guerre.

Grâce aux vaccinations ces foyers sont éteints relativement assez vite. A l'heure actuelle le choléra est inexistant en Roumanie.

Le typhus exanthématique et la fièvre récurrente font de grands ravages en 1916-19. Ces deux maladies sont en train de disparaître, cependant le typhus exanthématique semble être endémique en Bessarabie.

b) *Les maladies infectieuses non pestilentielles.* *)

La scarlatine est en Roumanie une maladie endémo-épidémique représentant graphiquement une ligne continue avec des ascensions de distance en distance. Elle n'est, cependant, qu'un quart de ce qu'elle était il y a 25 ans.

Quant à *la diphtérie*, on note, en comparaison avec l'époque d'avant-guerre un abaissement marqué de la morbidité et de la léthalité grâce à l'emploi régulier des sérums. Depuis 1924 ces deux indices suivent, cepen-

*) Voici une statistique : 1927.

Scarlatine : 17.147 avec 840 décès ;

Diphtérie : 2812 avec 314 décès ;

Rougeole : 20.425 avec 771 décès ;

Fièvre typhoïde : 4867 avec 559 décès ;

Coqueluche : 30.727 avec 1585 décès ;

Poliomyélite : 544 avec 66 décès.

dant, une courbe ascendante. Il est nécessaire d'entreprendre comme dans les autres pays la vaccination préventive antidiphthérique en masse.

La *Fièvre typhoïde* est aussi une maladie endemoépidémique en Roumanie.

Elle est signalée pour la première fois en 1836, mais est connue depuis longtemps sous le nom de « *lingoare* » dérivant probablement de « *lungoare* » ce qui veut dire « longue maladie ». En 1877 on enrégistre un grand nombre de cas avec une léthalité de 46 %.

Depuis l'introduction de la vaccination, dans l'armée d'abord en 1913, la maladie suit une courbe descendante (la léthalité n'est que de 11 % aujourd'hui).

La *poliomyélite* fait une première grande épidémie en 1927. Elle est combattue efficacement par le sérum.

On lutte en Roumanie contre les maladies épidémiques par la déclaration obligatoire, l'isolement, la désinfection gratuite pour les pauvres. La population rurale, cependant, échappe malheureusement souvent aux investigations des médecins. La vaccination qui est le moyen principal de prophylaxie antiépidémique se pratique aussi sur une vaste échelle.

Septième Chapitre

LES MALADIES SOCIALES :

La vie rurale du peuple roumain jusqu'il y a cent ans, le manque des grandes villes et des centres industriels ont fait que la plupart des maladies dites « médico-sociales » soient restées inconnues en Roumanie.

La tuberculose et la syphilis étaient presque introuvables et même l'alcoolisme, en dépit de la culture intense des pruniers, était fort peu répandu. Les seules maladies de caractère social qui minaient la population rurale étaient le paludisme et la pelagre ; plus tard, avec l'essor de la vie urbaine et des rapports entre la population des villes et des campagnes, avec la création des ateliers et la construction des usines, et surtout avec l'introduction du service militaire obligatoire, la tuberculose, la syphilis, le trachome se répandaient dans les masses de la population.

La syphilis. Cette maladie fait aujourd'hui les plus grands ravages et il y a des villages où 25 % de la population sont infectés. Devant ce péril d'une gravité exceptionnelle depuis la guerre, une campagne systématique est entreprise sous les auspices du Ministère de la Santé Publique par l'organisation des dispensaires et des ambulances pour le traitement anti-syphilitique. Le Ministère organise, également, des équipes volantes pour combattre ce fléau.

L'Etat est efficacement aidé dans cette lutte par la société nationale de la Croix-Rouge (fondée en 1876) qui possède aussi ses équipes mobiles sanitaires. *)

En 1928 nous trouvons 110 centres anti-syphilitiques sous les auspices du Ministère de la Santé Publique. Les chemins de fer autonomes et le Ministère du Travail possèdent 31 dispensaires parfaitement organisés. Dans la même année on a distribué 51.982 doses de « 914 ».

Aujourd'hui tout hôpital urbain ou rural, tout siège de circonscription médicale et tout dispensaire de la localité est considéré comme un centre anti-vénérien où l'on fait le traitement spécifique.

Les choses sont au pire en Bessarabie, où le manque des voies de communications entrave considérablement l'exécution des plus séduisants projets d'organisation de campagne anti-syphilitique, les villages de Bessarabie restant complètement isolés pendant des mois. En automne et au printemps, les routes ne sont que de vastes et infinies mares de boue.

Quant à la prostitution, principale cause d'extension de la syphilis, on attend une nouvelle loi réglant cette question, car la loi de 1930 en introduisant « l'abolitionnisme » provoque un relâchement considérable du contrôle médical. Il y a des localités où 80 % des prostituées syphilitiques ont interrompu le traitement spécifique poursuivi régulièrement jusqu'alors.

*) Chaque équipe est dotée d'une automobile pour les déplacements du personnel médical, d'un petit laboratoire pour les analyses des étuves de désinfection et d'un riche matériel de propagande.

La Tuberculose. Le problème de sauvegarde de la population contre ce fléau préoccupe autant l'Etat que les particuliers. Trois puissantes sociétés se sont constituées, la société pour la prophylaxie de la tuberculose ayant son siège principal à Bucarest et des filiales dans toutes les villes du pays (fondée en 1901), la société pour la lutte contre la tuberculose infantile (1909) et enfin la société pour l'isolement des tuberculeux et pour l'assistance des tuberculeux sans moyens (1913).

Après la guerre mondiale le nombre des tuberculeux s'accroît sans cesse, surtout dans la population industrielle où le problème présente un aspect des plus graves. L'Etat comme les sociétés privées, créent de nouveaux sanatoriums (7) et augmentent le nombre des dispensaires (9 à Bucarest, 34 en province). Des colonies de vacances sont organisées et le sanatorium de Techirghiol (Carmen Sylva) détruit pendant la guerre est reconstruit et muni d'une installation moderne pour le traitement des tuberculoses osseuses.

La déclaration obligatoire de la tuberculose est imposée par l'Article 48 de la loi sanitaire de 1923 mais elle n'est pas appliquée en pratique. En vue d'améliorer les mesures d'isolement contre cette maladie, on prend la disposition que 10 % des lits des hôpitaux soient affectés aux cas de tuberculoses ouvertes constituant une section à part.

La vaccination par le B. C. G. introduite en Roumanie en 1925 (à Bucarest) prend un essor considérable et est pratiquée actuellement dans 48 villes ; le nombre des

vaccinés atteint aujourd'hui 100.000 *). Ce procédé d'immunisation acquiert une importance toute particulière pour la Roumanie où la prophylaxie générale de la tuberculose se trouve encore à l'état rudimentaire.

Le manque de statistiques exactes de décès dus à ce fléau entravé la lutte. Nous constatons que tandis que dans les pays occidentaux la tuberculose diminue, elle fait des progrès en Roumanie et donne l'imposant chiffre de 50.000 décès (environ) par an.

Le paludisme est une maladie endémique.

Nous trouvons les premières informations sur l'existence de cette maladie dans les textes remontant au 16^e siècle. C'est la maladie des zones inondables et des contrées marécageuses avoisinant les grands fleuves et leurs affluents.

La plus vaste région d'inondation est le delta du Danube qui a une surface de 3.200 km²; cependant, le nombre des malades est en disproportion avec l'anophélisme très important dans cette région, ce qui s'explique par une déviation de la virulence du parasite vers l'animal (recherches du professeur Zotta).

Pendant l'année 1904 sous l'égide du conseil sanitaire supérieur commence une vraie prophylaxie scientifique (examen du sang, quininisation). En 1907 on applique la méthode par région impaludée, chaque zone étant sous la surveillance d'un médecin aidé par un certain nombre d'agents sanitaires. En 1924 la lutte contre le paludisme

*) Depuis 1929 on vaccine contre la tuberculose par le B. C. G. dans l'armée.

est intensifiée par la collaboration de quelques médecins spécialisés (Docteur Ciuca, etc...). On mène aussi une propagande anti-malarique au moyen de brochures et de pancartes. En 1927 des laboratoires temporaires sont créés dans les centres palustres, qui fonctionnent en 1928 pendant 6 mois sans arrêt. *)

Cependant, des mesures ne sont pas prises pour détruire les gîtes des moustiques et on fait très peu de travaux d'assainissement des régions inondables.

On a régularisé le cours de la Dambovitza en réalisant l'assèchement de toute la « Lunca » (plaine) qui environne Bucarest. On a construit une digue de 16 km à Chiruogi et une autre de 3 km à Spantow. Quant à la région inondable du Danube, on hésite à faire des travaux d'endiguement pour ne pas gêner la pisciculture dans les grands marais et ne pas priver les habitants du seul moyen d'avoir de l'eau pour le bétail. Des mesures anti-larvaires en Roumanie où les petites collections d'eau favorables à l'entretien des larves et des moustiques sont si fréquentes, ne sont pas appliquées.

Le Trachome. La première infirmerie des yeux date de 1891 ; le nombre se multiplie ultérieurement. Grâce à elles le pourcentage des trachomateux tombe en 10 ans de 30 pour 1.000 à 15,9 pour 1.000.

Rare jusqu'à la guerre mondiale, cette maladie prend depuis en Roumanie une grande extension à cause de l'invasion des armées étrangères, de l'exode des émigrants russes, de la rentrée des prisonniers, de la démo-

*) En 1928, 810 kilos de quinine sont distribués ; 82.860 malades sont dépistés dont 80.083 sont quininisés, la proportion de cas traités est ainsi de 94.8 %.

bilisation des soldats trachomateux incomplètement guéris, enfin de l'éducation des orphelins de guerre dans les milieux contaminés des casernes.

En 1921 le Docteur Cerchez trouve dans un orphelinat de Iassy 47,32 % d'enfants trachomateux.

Au point de vue prophylatique, il y aurait beaucoup à faire, notamment, diagnostic précoce, examen oculaire systématiquement pratiqué chez tous les élèves, équipes volantes pour la population campagnarde, déclaration et traitement obligatoires.

La Pélagre. Cette maladie est due à l'alimentation exclusive à la base de pâtes de maïs.

La pélagre est répandue par familles chez les paysans suivant leur genre d'alimentation. Le déjeuner d'une famille, par exemple, se compose de deux œufs brouillés avec 30 grammes de fromage et très peu de farine et d'une « mamaliga » (bouillie de maïs) de 1500 gr. Un poisson sert souvent à trois repas, le reste du repas étant constitué par du maïs. Ainsi, en dépit d'une alimentation en apparence trop abondante, le paysan est dans un état continu d'inanition.

Le fait qu'après la grande guerre la maladie disparaît presque, surtout après les donations de terres faites aux paysans, prouve le rapport qui existe entre l'alimentation maïdiennne, l'état économique et la pélagre. La mauvaise récolte en 1924 et 25 fait invariablement réapparaître la pélagre, qui disparaît ensuite après la bonne récolte de 1926.

Aujourd'hui le nombre des malades est en diminution constante, surtout si on tient compte qu'avant la guerre un quart des malades dans les hôpitaux était des péla-

greux; les mauvaises conditions économiques d'aujourd'hui provoquant l'endettement des paysans feront certainement augmenter le nombre des pélagreux.

L'alcoolisme. Dans les villes on ne trouve de l'alcoolisme vrai que dans la classe ouvrière dont la situation économique est actuellement des plus précaires. Les chômeurs et les pauvres considèrent la tzuica (eau-de-vie de pruneaux) comme le moyen le moins cher de se fortifier, se chauffer et se nourrir.

A la campagne, surtout parmi les paysans roumains, l'abus de l'alcool prend des proportions insolites. On fait ingérer même aux nourrissons et aux enfants en bas âge de grandes quantités d'alcool. Avant de partir aux champs, les mères donnent aux nourrissons, à la place du biberon, une éponge trempée dans de l'eau-de-vie. Les petits enfants et les écoliers boivent le matin un demi verre d'eau-de-vie remplaçant le lait. Tout ceci explique, dans une grande mesure, le nombre considérable d'idiots dans les campagnes. Les cas de cirrhose-atrophique constatés chez les tout jeunes enfants à l'hôpital s'expliquent également de cette façon, au moins pour une grande partie.

L'œuvre de propagande anti-alcoolique est réalisée par la Croix-Rouge de la Jeunesse et surtout par les associations sportives. En ce qui concerne le milieu rural, les œuvres anti-alcooliques sont inexistantes. Il s'agit ici de combattre en premier lieu d'anciens préjugés qui dictent l'alcoolisme quasi-obligatoire de la population à l'occasion des fêtes, anniversaires, etc..

Avant de terminer, je voudrais jeter un coup d'œil sur les statistiques imprécises concernant la mortalité due à ces diverses maladies.

Dans les communes rurales, la rédaction des bulletins de décès est fait par des fonctionnaires administratifs, dont le niveau intellectuel est très bas. Ils complètent souvent la rubrique du diagnostic par des termes trop génériques comme :

Débilité congénitale, senilité, etc...

La syphilis n'y figure presque pas. On rencontre des dénominations extravagantes en quantité, comme par exemple :

pneumonie congénitale (5 ans) ;
naissance congénitale (1 mois) ;
maladie chronique aïgue (53 ans) ;
fièvre puerpérale (6 ans) ;
congélotion criminelle ;
fièvre puerpérale sans infection ;
rougeole spécifique héréditaire (10 jours) ;
« il a été pourri en-dessous », etc...

Il faudrait ainsi réorganiser les services d'enregistrement des décès ou plutôt les organiser pour avoir des statistiques précises, car pour combattre un mal, il faut en connaître l'étendue.

Conclusions

1. Au point de vue bien-être, la Bucovine, le Banat et la Transylvanie, sont les provinces les plus avancées ; la Bessarabie est en retard ; l'Ancien Royaume (la Valachie, la Moldavie et la Dobroudja) se placent entre ces deux extrêmes, si l'on peut dire.

2. Les conditions de vie se sont améliorées dans les villes, mais restent avec peu de changement dans les campagnes où les meilleures intentions se heurtent à l'incompréhension des paysans, imputable à leur niveau de culture rudimentaire.

Le relèvement de ce niveau de culture (surtout la lutte contre l'analphabétisme) qui est la « *conditio sine qua non* » d'un développement social, s'impose donc en tête d'un programme d'hygiène sociale.

3. Les services d'enregistrement des décès doivent être réorganisés, afin de pouvoir fournir des statistiques précises, qui constituent le seul fait vraiment concluant de l'efficacité des mesures entreprises contre les divers fléaux qui sévissent en Roumanie.

4. La lutte contre les maladies sociales (syphilis, tuberculose et paludisme) est menée en Roumanie avec beaucoup de vigueur, mais pêche par un manque de systématisation. Au lieu d'attaquer le mal dans ses gîtes (assèchement des terrains dans le paludisme ; réglementation de la prostitution dans la syphilis) on se borne à soigner les malades.

5. Les vaccinations connues et pratiquées doivent être introduites et étendues dans tout le pays. La généralisation du B. C. G., de la vaccination anti-typhique et de celle contre la diphtérie s'impose notamment.

6. La Roumanie traverse actuellement une période d'essai, afin d'adapter des lois sanitaires modernes à une population composée pour 82 % de paysans, qui sont loin d'en comprendre l'importance. Le continuuel changement des lois sanitaires met ceci bien en évidence.

Reconnaissons cependant l'admirable effort accompli malgré des difficultés économiques et politiques.

Songeons qu'une organisation sanitaire n'existe en Roumanie que depuis 60 ans à peine, c'est-à-dire depuis la loi de 1874, qui couronne l'œuvre de Davila.

Vu le Doyen :
BALTHAZARD

Vu le président de Thèse :
TANON

Vu et permis d'imprimer
Le recteur
de l'Académie de Paris
CHARLETY

Bibliographie

- « L'état sanitaire en Roumanie 1927 ».
- « Album statistique sanitaire 1928 ».
- Dr. Bordea : « Igiena Sociala » 1925.
- Dr. Bano : « La biologie des villages » 1930.
- Dr. Bano : « La mortalité infantile » 1930.
- La revue « Igiena Sociala » années 1931 et 32.
- La revue « Office international d'hygiène publique » années 1907-1932.
- « L'annuaire international d'hygiène » années 1924-1929.
- Dr. Felix : « L'Histoire de l'hygiène en Roumanie ».
- Wolff : « Description de la principauté de Moldavie 1805 ».

